

Parte Uno del Formulario de Revelación

234480 SISC-SELF INSURED SCHOOLS OF CALIFORNIA
Región Local: Sur del California
1 octubre 2024 hasta 30 septiembre 2025

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente HSA-Qualified High Deductible Health Plan (“HDHP”) HMO

“Kaiser Permanente HSA-Qualified High Deductible Health Plan (“HDHP”) HMO” es un plan de salud que reúne los requisitos de la Sección 223(c)(2) del Código del IRS. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa.

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Período de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.
Para los servicios sujetos a los deducibles del plan o a los deducibles por medicamentos, deberá pagar cargos por los servicios cubiertos que reciba durante el Período de Acumulación, hasta que haya alcanzado los montos deducibles que se indican a continuación. Todos los pagos que realice para alcanzar sus deducibles se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan que se indican a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$6,000	\$6,000	\$12,000
Deducible del Plan	\$3,400	\$3,400	\$6,800
Deducible del Medicamento	No corresponde	No corresponde	No corresponde

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)
Exámenes prenatales programados
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)
Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Consultas de Telesalud

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo
Consultas a especialistas médicos por video interactivo
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono.....
Consultas a especialistas médicos por teléfono

Usted Paga

Sin costo después del Deducible del Plan
Sin costo después del Deducible del Plan
Sin costo después del Deducible del Plan
Sin costo después del Deducible del Plan

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna).....
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto EOC

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Servicios de Emergencia

Visitas al Departamento de Emergencias

Usted Paga

Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Servicios de Ambulancia	Usted Paga
Servicios de ambulancia	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Cobertura de Medicamentos con Receta Médica	Usted Paga
Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:	
La mayoría de los artículos genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$10 suministro máximo para 30-días después del Deducible del Plan
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$20 suministro máximo para 100-días después del Deducible del Plan
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días después del Deducible del Plan
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca (Nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$60 suministro máximo para 100-días después del Deducible del Plan
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días después del Deducible del Plan
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Usted Paga
Artículos de DME como se describe en el folleto EOC	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Servicios de Atención Médica en el Hogar	Usted Paga
Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por Período de Acumulación)	Sin costo después del Deducible del Plan
Otros Servicios	Usted Paga
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto EOC	Sin costo después del Deducible del Plan
Servicios para diagnosticar o tratar la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto EOC	El costo compartido que pagaría si los servicios fueran para tratar cualquier otra afección
Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)	No está cubierto
Atención de hospicio	Sin costo después del Deducible del Plan

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).